

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

10

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

PAR

LÉON THIVRIER

Né à Montluçon (Allier) le 18 octobre 1871

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

COMPLICATIONS PARA-URÉTHRALES DE LA BLENNORRHAGIE

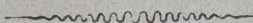
(Folliculite simple, Folliculite enkystée, Abscès péri-uréthraux
Cowpéríte et Péri-Cowpéríte)



Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. { PINARD, professeur.
LEPAGE, TEISSIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

PAR

LÉON THIVRIER

Né à Montluçon (Allier) le 18 octobre 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS PARA-URÉTHRALES
DE LA BLENNORRHAGIE

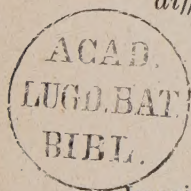
(Folliculite simple, Folliculite enkystée, Absès péri-uréthraux
Cowpéríte et Péri-Cowpéríte)



Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. { PINARD, professeur.
LEPAGE, TEISSIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.		
Professeurs.	MM.		
Anatomie.	FARABEUF.		
Physiologie.	CH. RICHEL.		
Physique médicale.	GARIEL.		
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.		
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.		
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.		
Pathologie médicale.	HUTINEL.		
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.		
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.		
Histologie.	CORNIL.		
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.		
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.		
Thérapeutique.	POUCHET.		
Hygiène.	LANDOUZY.		
Médecine légale.	PROUST.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.		
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.		
	CHANTEMESSE.		
Clinique médicale.	DIEULAFOY.		
	POTAIN.		
	JACCOUD.		
	HAYEM.		
Maladie des enfants.	GRANCHER.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.		
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.		
	DUPLAY.		
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.		
	TILLAUX.		
	BERGER.		
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.		
Clinique ophtalmologique.	PANAS.		
Clinique d'accouchement.	BUDIN.		
	PINARD.		
Agrégés en exercice.			
MM. ACHARD	MM. GILBERT	MM. MAUCLAIRE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILLE DE LA	MENETRIER	TEISSIER
ANDRÉ	TOURETTE	NELATON	THIERY
BAR	GLEY	MÉRY	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	NETTER	TUFFIER
BROCA	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	LEGUEU	des travaux	VAGUEZ
CHASSEVANT	LEJARS	anatomiques	WALTHER
DELBET.	LETULLE	REITTERER	WEISS
FAURE.	MARFAN	RÉMY	WIDAL
GAUCHER	MARIE	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Ecole et avant de commencer l'application de son enseignement, nous tenons à adresser à nos Maîtres l'hommage de notre reconnaissance.

Aux docteurs Huchard, Talamon, Troisier, Gilbert, Gingeot, qui guidèrent nos premiers pas dans l'étude de la Médecine, nous devons de nombreuses et savantes leçons cliniques. Nous assurons de notre plus profonde gratitude M. le docteur Reynier, dont nous avons suivi le service pendant plus d'une année à l'hôpital Lariboisière.

Au docteur Retterer, chef des Travaux pratiques d'Histologie à la Faculté de Médecine de Paris, nous adressons nos plus sincères remerciements; nous n'avons jamais en vain fait appel à son obligeance et à ses conseils.

Nous remercions aussi M. Kendirdjy, Interne des Hôpitaux de Paris, qui a bien voulu aider et faciliter nos recherches dans la mise en œuvre de notre thèse.

Nous sommes reconnaissant à M. le professeur
Fournier de l'honneur qu'il nous fait en accep-
tant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

« Parmi les complications que la blennorrhagie peut provoquer dans le cours de ses différentes périodes, dit M. Maurice, les phlegmons et abcès occupent une place considérable.

Les uns se montrent autour de la portion antérieure ou pénienne de l'urèthre. Ils ont en général peu de gravité et sont faciles à reconnaître. Ils forment des tumeurs dures, rouges, douloureuses, qui ne dépassent pas ordinairement le volume d'une petite noix. On les rencontre depuis la fosse naviculaire jusqu'au collet du bulbe. Englobant l'urèthre et une partie des corps caverneux, ils déterminent un œdème périphérique considérable. Mais en général ils ne gênent pas la miction, ils ont une marche rapide et, s'ils suppurent toujours, ils guérissent vite après l'évacuation du pus. Il est cependant nécessaire de les ouvrir de bonne heure, sans cela ils pourraient être suivis de fistules ».....

« Les autres, toujours beaucoup plus sérieux, se développent autour des parties profondes du canal, dans sa portion périnéale, et ont pour point de départ le plus ordinaire les glandes de Méry ou la prostate. D'un diagnostic assez difficile, surtout quand on n'en a pas

observé le début, ils nécessitent une interrogation minutieuse du malade et un examen méthodique, du canal, du périnée, de l'anus et de la prostate. ».....

« Tous les abcès péri-uréthraux, quel que soit le point du canal sur lequel ils se développent, présentent la même pathogénie et peuvent passer par les différentes phases suivantes :

1° Inflammation catarrhale ou purulente, pouvant se propager du canal à toutes les glandes ou glandules, depuis les acini simples jusqu'aux glandes conglomérées de Cowper et jusqu'à la prostate ;

2° Compression et oblitération du canal, distension de la glande par les produits sécrétés et propagation de l'inflammation à son stroma ;

3° Extension en dehors du stroma et phlegmon périglandulaire, tantôt se dirigeant en dehors et finissant par constituer un abcès qui s'ouvre à l'extérieur par un orifice cutané ; tantôt, au contraire, se faisant jour par l'urèthre, soit par simple distension ou conduit exécuteur, soit par ulcération de la partie voisine de la paroi uréthrale.

Mais, tout en restant le même dans ses phénomènes essentiels et dans la succession de ses différents stades, le processus se complique à mesure qu'il s'établit sur des parties du canal plus rapprochées du col. L'affection augmente ainsi de gravité d'avant en arrière dans des proportions considérables. La plus légère est celle de la fosse naviculaire, la plus grave celle de la prostate.

Reconnaissant en général pour cause une blennorrhé-

gie virulente suraiguë, ces complications surviennent à l'époque où l'inflammation uréthrale atteint des parties correspondantes du canal.

Du moment qu'elle s'est propagée jusqu'à la glande, il est rare que cette inflammation ne devienne pas phlegmoneuse. L'intervention du médecin ne peut que bien rarement en arrêter le processus ; cependant, lorsqu'elle a lieu avec promptitude et opportunité, elle le limite dans une large mesure et prévient de nouvelles complications encore plus sérieuses ».

Ces quelques lignes, extraites d'une leçon magistrale de M. Maurice, résument admirablement l'histoire des complications para-uréthrales de la blennorrhagie.

En effet, tant que l'inflammation n'a pas dépassé la paroi glandulaire, elle ne se révèle par aucun signe à l'extérieur et passe toujours au second plan. Tout au plus une palpation minutieuse permet-elle quelquefois de sentir sur la face inférieure de l'urèthre, principalement au niveau de la fosse naviculaire, de petites tumeurs plus ou moins grosses, du volume d'une tête d'épingle au plus, qui ne sont autre chose que des glandes engorgées.

Mais que le canal excréteur de ces glandes vienne à s'oblitérer ou que l'inflammation vienne à franchir la paroi du follicule et alors s'établissent deux véritables complications de la blennorrhagie qui prennent dans le premier cas le nom de kyste suppuré de Morgagni, abcès folliculaire de Ch. Hardy, folliculite enkystée, et

dans le deuxième cas celui de péri-folliculite suppurée, phlegmon ou abcès péri-urétral.

D'autre part les glandes de Méry ou de Cooper, peuvent, dans certains cas, participer au processus inflammatoire. De là une troisième complication de la blennorrhagie : la cowpérite et la péri-cowpérite.

Nous laissons de côté, dans ce travail, l'étude de la prostatite et de la péri-prostatite blennorrhagique, ainsi que les complications de même nature qui peuvent survenir au niveau des vésicules séminales.

La division de notre travail est donc toute tracée naturellement et nous aurons à nous occuper successivement :

- 1° De la folliculite simple et enkystée ;
- 2° De la péri-folliculite et du phlegmon péri urétral ;
- 3° De la cowpérite et de la péri-cowpérite.

Après avoir étudié dans des chapitres spéciaux l'histoire de chacune de ces lésions, nous consacrerons un chapitre au traitement et nous terminerons par un chapitre de bactériologie dans lequel nous tâcherons de donner une idée d'ensemble de l'état de nos connaissances à ce sujet...

I. Folliculite simple — Folliculite enkystée

Le simple engorgement du cul-de-sac glandulaire donne lieu, comme nous venons de le dire, à ces petites tumeurs que la palpation permet de sentir à la face inférieure de l'urèthre et qui font corps avec lui.

Aux dépens du follicule chroniquement enflammé, peut se former un kyste, le kyste supprimé de Morgagni, dû à l'accumulation dans le cul-de-sac glandulaire de ses produits de sécrétion. Lorsqu'il est très petit, il passe inaperçu. On ne le sent que quand il a atteint les dimensions d'un pois. Le kyste suppuré a été étudié par Ch. Hardy qui le décrit en ces termes :

« Il se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou ovoïde, quelquefois bilobée, qui occupe la face inférieure de l'urèthre auquel la rattache un petit pédicule qui n'est autre chose que le conduit excréteur oblitéré et allongé. Cette tumeur est sous-cutanée, dure, mobile sous la peau qui a conservé sa coloration normale ; elle est peu ou pas sensible au toucher. Lorsqu'elle est ancienne et qu'elle a atteint le volume d'une noisette elle se ramollit et on peut quelquefois, par la palpation, reconnaître qu'elle est remplie par un liquide. Rarement la fluctuation y est bien manifeste. Ces abcès sont

souvent multiples, nous en avons observé jusqu'à trois chez un malade qui les portait depuis plus de quatre mois.

L'évolution de ces folliculites enkystées est généralement froide et lente, rappelant celle des loupes du cuir chevelu. Assez souvent cependant la collection s'enflamme, adhère à la peau où elle s'ouvre. Tantôt l'ouverture s'oblitére, tantôt il persiste une fistule. C'est pour éviter cette dernière complication qu'il est bon, quand on le peut, de préférer à la simple incision l'énucléation du kyste.

Une des variétés les plus intéressantes de ces folliculites est celle que l'on désigne communément sous le nom *d'abcès du méat*. Diday en a donné une description complète dans les lignes qui suivent :

En examinant de très près l'orifice de l'urèthre, disait cet auteur, on rencontre quelquefois au voisinage une lésion assez intéressante à étudier. Un pertuis étroit s'aperçoit sur l'un des bords du méat, et si vous prenez le gland entre deux doigts, d'arrière en avant, vous voyez sortir par ce pertuis une gouttelette d'un liquide qui a tous les caractères physiques de l'écoulement uréthral coexistant. Si vous cherchez à sonder ce pertuis avec une fine aiguille, celle-ci pénètre ordinairement à une profondeur de 3 à 5 ou 6 millimètres et dans une direction à peu près parallèle à celle de l'urèthre. En interrogeant et examinant le malade vous apprenez : que cette lésion s'est manifestée à peu près en même temps que sa blennorrhagie uréthrale ; que l'aspect des

bords du pertuis représente exactement celui des bords du méat lui-même, tous les deux étant rouges, tuméfiés, douloureux, luisants ou bien pâles et indolents, selon que la blennorrhagie est actuellement à sa période aiguë ou chronique ; il ne sort pas d'urine par ce petit pertuis ; que si le malade a eu plusieurs blennorrhagies, le même accident s'est invariablement reproduit dans toutes, au même siège et sous la même forme ».

Le ou les pertuis par lesquels s'ouvre l'abcès siègent tantôt sur la lèvre même du méat, tantôt sur la face interne, en plein canal par conséquent et formant une véritable fistule borgne interne, tantôt enfin sur sa face externe, à quelque distance du méat.

Quelquefois le pertuis s'oblitére, le kyste grossit et la partie correspondante du gland en est déformée.

L'abcès du méat n'est cependant qu'un cas particulier de ce qui existe tout le long de l'urèthre.

Ce fait a une importance capitale au point de vue de la guérison de la blennorrhagie. En effet, la bactériologie a montré que le contenu de ces follicules était riche en gonocoques. Deux de nos observations personnelles en sont un exemple. Ce sont donc autant de repaires infectieux où la blennorrhée chronique s'alimente et où les pullulations latentes se préparent, amenant ces récidives qui parfois paraissent inexplicables.

Le territoire de la blennorrhagie n'est donc pas une surface plane sur laquelle les divers traitements et en particulier les irrigations agiraient facilement ; c'est, au contraire, comme le dit si bien Diday, « un crible dans

les trous duquel la maladie s'étend et dans les trous duquel il faut que les remèdes pénètrent ».

D'autres localisations anatomiques expliquent un certain nombre de variétés de ces folliculites. Déjà Lagneau, en 1862, observant chez un malade deux petites tumeurs rondes, situées de part et d'autre du frein, qui bientôt s'ouvrirent et laissèrent échapper un peu de pus, se demandait « si ces mêmes collections n'avaient pas pour siège quelques-unes des petites glandes décrites par Tison, dans le sillon de la couronne du gland ». Il comparait ces petits abcès situés sous le pli préputial à la grenouillette placée sous le filet lingual.

D'autre part, Jadassohn a vu la blennorrhagie para-urétrale intéresser tantôt les glandes comprises entre les deux feuillets du prépuce, tantôt les canaux qui, suivant un trajet parallèle à l'urèthre, s'ouvrent près du méat, tantôt enfin des canaux situés sur le dos du pénis.

Enfin, Fabry a constaté, sur un confrère atteint quinze ans auparavant d'une blennorrhagie qui avait guéri en trois semaines, entre la peau et la muqueuse du prépuce, une petite tumeur lenticulaire mobile. La pression de la tumeur faisait sourdre par un pertuis voisin du frein, quelques gouttelettes d'un liquide contenant des gonocoques ; l'urèthre était absolument sec. L'examen histologique de la tumeur excisée montra qu'il s'agissait d'une véritable glande.

En somme, quelle que soit la localisation de la folliculite, simple ou enkystée, il s'agit toujours d'une blennorrhagie glandulaire, de glandes qui sont autant de

petits urèthres en miniature, et qui peuvent couler alors que l'écoulement du canal a depuis longtemps disparu. Il existe donc là un danger permanent de réinfection, d'autant que cet écoulement étant intermittent et peu considérable, passe inaperçu aux yeux du malade et aux yeux du médecin.

Cette blennorrhagie folliculaire suit généralement une marche torpide. Il est néanmoins des cas où elle présente, dans son évolution, des phases aiguës et douloureuses. Témoin l'observation rapportée par Diday d'un commis de magasin chez qui « il l'a vue revêtir, chaque fois qu'elle reparaisait, une forme inflammatoire très aiguë, si bien que la blennorrhagie du follicule était plus douloureuse que celle de l'urèthre : le gland devenait chaud, gonflé, tendu, extrêmement sensible à la pression, même aux frottements de la chemise, et quelques jours de repos au lit étaient absolument nécessaires pour réduire cet état phlegmatique ».

Tant que le follicule est malade, une récurrence du côté du canal est possible. La folliculite se traduit par un suintement d'apparence bénigne, qui ne gêne nullement le malade dans l'exercice de ses fonctions ; aussi le malade est-il porté à négliger cet écoulement, cause non soupçonnée d'un grand nombre de contaminations dont la cause échappe.

II. — Péri-folliculite suppurée et abcès péri-uréthraux proprement dits.

Lorsque l'inflammation dépasse les limites de la paroi glandulaire pour envahir le tissu cellulaire ambiant, l'abcès du phlegmon peri-urétral est constitué.

Disons cependant qu'il est des abcès qui siègent sur le dos de l'organe et qui ne peuvent s'expliquer que par une propagation par *voie lymphatique*. Le professeur Fournier a d'ailleurs décrit ces lymphangites nodulaires amenant comme complications de la blennorrhagie et formant sur le trajet des vaisseaux blancs, « de petites tumeurs ovalaires ou piriformes rénitentes et dures, dont les plus volumineuses atteignent les dimensions d'un noyau de cerise ou d'une petite olive ». On comprend que lorsque ces angioleucites siègent, non plus sur le dos, mais sur la face inférieure de la verge, il soit malaisé de les distinguer des folliculites enkystées.

L'angioleucite n'évolue pas toujours à froid. Sa marche est parfois subaiguë, provoquant un œdème du prépuce, parfois véritablement aiguë avec rougeur et sensibilité marquées. Ça et là des troncs enflammés présentent des foyers d'engorgement qui suppurent, donnant lieu à de petits abcès. Lorsque ces abcès siègent

sur le dos de l'organe, leur origine lymphatique est facile à dépister.

Enfin, nous pouvons dire un mot du *Bubon blennorrhagique*, dont l'histoire est encore à tracer. Il se termine généralement par résolution. Mais il arrive quelquefois, quoique rarement, qu'il suppure, et les chances de suppuration sont d'autant plus grandes que le bubon se développe sur un terrain scrofuleux : c'est l'*adénite blenno-strumense* des Allemands. La suppuration est parfois due à une infection mixte et Bockart, dans une observation, a montré dans le pus d'un bubon gonorrhéique la présence du streptocoque (1887)... Cette infection surajoutée explique même certaines angioleucites. En tous cas, le rôle pyogène du gonocoque n'est pas contestable, mais si Brockart, Wolf en ont trouvé dans certains bubons suppurés, M. Gauche a fait la mêmes recherches sans résultat....

Les abcès péri-uréthraux étaient déjà connus d'Astruc qui, dans son ouvrage latin de 1734 traduit plus tard en français, les désignait sous le nom d'*abcès vénériens du périnée*. Voici en quelques mots l'idée assez juste d'ailleurs, qu'il s'en faisait :

Pour lui, dans la gonorrhée, l'inflammation attaque, séparément ou à la fois, les vésicules séminales, la prostate et les glandes de Cowper. Pourvu que la gonorrhée soit particulièrement maligne, ou qu'elle ait été irritée par un traitement intempestif ou une infraction au régime, ou enfin que le malade ait « un sang naturellement âcre », il y a un très grand danger que des

parties enflammées ne se déchirent et que le sang extravasé, mêlé à la semence mal constituée, ne se change en pus et ne forme un véritable abcès du périnée.

Il admet par expérience que la gonorrhée, qui n'occupe que les prostates ou les vésicules séminales, dégénère plus rarement en abcès. C'est le contraire pour la gonorrhée qui a son siège dans les glandes de Cowper, et cela parce que ces glandes sont petites et molles et que leur canal excréteur est étroit, long et tortueux.

Quelle que soit la cause de ces abcès et en quelque endroit du périnée qu'ils siègent, — tous ces symptômes de la gonorrhée en sont exagérés, si ce n'est à la période de suppuration où il y a une détente.

Le pus, une fois formé, peut se faire jour soit par l'urèthre, soit par le périnée, soit par les deux à la fois. Parfois les trajets fistuleux pénètrent en même temps dans le fondement, après avoir percé les membranes du rectum, de telle manière que le commencement de l'urèthre et l'extrémité du fondement communiquent par là avec le périnée. Dans ces cas, l'urine, le pus, les excréments les plus liquides et les vents sortent indifféremment par l'urèthre, par le fondement et par les fistules du périnée.

Les parois de ces divers trajets sont bientôt pleines de callosités, et il s'établit ainsi de nombreuses fistules faisant communiquer ces divers organes entre eux.

Le diagnostic est facile. Le pronostic est plus sérieux des abcès des prostates et des vésicules séminales que des glandes de Cowper.

Quand au traitement, il comprend quatre indications, suivant les différentes phases : la première consiste à prévenir la suppuration ; la deuxième à évacuer le pus une fois l'abcès formé. L'incision large, dans ce cas, doit bien se garder d'intéresser l'urèthre, dans lequel on a préalablement introduit une sonde. Le doigt introduit dans la plaie doit rompre toutes les brides et empêcher toute stagnation de pus. Si l'on trouve des callosités, on les enlèvera avec des ciseaux ou bien on les scarifiera légèrement.

La troisième indication vise les trajets fistuleux. S'il n'y a que des fistules périnéales, c'est le même traitement que précédemment, mais plus énergique. S'il y a des fistules uréthrales, on ne pourra pas s'empêcher d'ouvrir le canal et d'y laisser une sonde en permanence. De même, s'il existe des fistules rectales, l'incision doit intéresser toutes les tuniques de l'intestin.

Enfin, la quatrième indication a trait aux cas où les dégâts sont considérables et où le malade est fortement affaibli et épuisé. Il s'agit alors d'instituer un traitement palliatif, d'améliorer la situation du patient, et de chercher à prolonger sa vie, quelque malheureuse qu'elle soit.

Telles sont, brièvement résumées, les notions que possédait Astruc sur les abcès vénériens du périnée.

On voit par ce qui précède, que cet auteur ignorait l'existence des abcès par phlegmon péri-folliculaire et qu'il les localisait tous dans le périnée, les faisant tous dériver de la cowpérite. Or, il n'en est rien, car le péri-

née n'est ni le siège exclusif ni même dominant des abcès péri-uréthraux (Forgue).

On les observe assez souvent à la portion périnéenne. Tantôt ils siègent dans les fossettes latérales du frein, au niveau de la fosse naviculaire et faisant saillie dans le sillon glando-préputial; tantôt sur la face inférieure de la verge, plus près du scrotum que du méat. Notre Observation n° 6 en est un exemple.

Parfois, comme dans l'Observation I, l'abcès se trouve au niveau de la portion scrotale du périnée: il bombe alors sous la peau des bourses et peut, à la rigueur et à première vue, simuler un kyste de la région. Enfin, l'abcès peut siéger dans le périnée proprement dit, entre le scrotum et la région du cul-de-sac du bulbe.

En somme, de l'aveu de tous les auteurs, les deux régions où ces abcès s'observent le plus fréquemment sont: 1° les côtés du frein, au niveau de la fosse naviculaire; 2° le bulbe; quelques auteurs ajoutent, en troisième lieu, la face inférieure du pénis, vers sa racine. Cette prédilection peut s'expliquer soit par l'abondance et la laxité du tissu cellulaire qui double ces parties, soit par une plus grande richesse de la muqueuse en follicules glandulaires, d'où part souvent l'inflammation, soit enfin par ce fait que la blennorrhagie se cantonne de préférence dans ces deux points (Ricord).

Les abcès péri-uréthraux, selon M. Fournier, s'observent généralement au cours de blennorrhagies aiguës ou récentes. Robert avait émis une opinion contraire considérée aujourd'hui comme erronée.

Ils reconnaissent pour cause efficiente une congestion ou une irritation du canal, un excès, une fatigue, ou, plus souvent, une érection ou une pollution nocturne. M. Desnos en a observé à la suite d'injections trop fréquentes et après une légère uréthrorragie due à une érection longtemps prolongée...

Symptômes. — Le *début* de ces phlegmons est en général insidieux. Les phénomènes du début se confondent généralement avec ceux de l'uréthrite et souvent les malades ne viennent consulter que quand l'abcès est déjà tout formé.

A ce niveau, la douleur est vive, spontanément et surtout à la palpation, les tissus voisins sont empâtés et au centre il existe une fluctuation évidente.

Les *troubles fonctionnels* sont plus ou moins marqués, la miction est douloureuse, le jet de l'urine est parfois diminué de calibre, plus faible, ou bien irrégulier et se brisant. La dysurie peut même aller jusqu'à la rétention laquelle s'explique par la saillie de la tumeur qui soulève la muqueuse uréthrale et oppose un obstacle matériel à l'écoulement de l'urine.

Les *troubles généraux* : frissons, fièvre, état gastrique, ne s'observent que rarement.

Ce tableau symptomatique est plus ou moins accusé suivant le siège et les dimensions de l'abcès : réduit à son minimum lorsqu'il s'agit d'une petite collection siégeant sur le côté du frein, il atteint son maximum au contraire, lorsqu'il s'agit de ces gros abcès qui occu-

pent une majeure partie ou la totalité de la région périnéale.

La résolution est rare. La terminaison habituelle est la suppuration : elle serait même constante pour certains auteurs.

L'aspect de ces phlegmons varie suivant leur siège :

« Les abcès de la fosse naviculaire, dit M. Fournier, offrent un aspect particulier, situés sur l'un ou sur les deux côtés du frein, ils forment une saillie sphéroïdale, du volume d'un pois, d'une aveline ou même d'une cerise. Quelquefois ils sont bilobés, c'est-à-dire que, développés sur la ligne médiane ; dans le tissu cellulaire qui double le frein, ils forment un relief de chaque côté de cette bride (Ricord, Hardy). Ils se constituent rapidement et sont remarquables par leur fluctuation évidente.

A la région bulbaire, ces abcès sont plus aplatis et surtout beaucoup plus volumineux. Ils forment sous l'urèthre une tumeur arrondie qui peut atteindre le volume d'une moitié d'œuf. Généralement ils occupent la partie médiane ; toutefois, ils peuvent être exclusivement latéraux ainsi que je viens d'en observer coup sur coup plusieurs exemples. Ils se prolongent parfois en arrière, du côté de l'anus, ou plus rarement vers la verge ; dans ce dernier cas la tumeur périnéale, s'effilant en pointe du côté du pénis, affecte, comme on l'a dit assez heureusement, la forme d'une *raquette*. La peau qui les recouvre a rarement une coloration rouge

ou violacée, comme dans les abcès phlegmoneux des autres régions. »

Quelle est l'évolution de ces abcès une fois formés ? Ou bien ils s'ouvrent au dehors et au dehors seulement. C'est alors l'issue la plus favorable et la cicatrisation ne se fait pas attendre longtemps.

Un mot ici des *caractères du pus* : le pus est loin de rappeler celui des abcès phlegmoneux vulgaires, communs, dus aux staphylocoques ou aux streptocoques pyogènes. Dans la majorité de ces cas et nous citons à l'appui nos observations I, IV et VI, c'est un pus mal lié, sale, de couleur brun chocolat, plus ou moins sanguinolent et grumeleux. Les parois mêmes de l'abcès sont hérissées de bourgeons sales, se détachant facilement et rappelant la matière tuberculeuse.

Ou bien ils s'ouvrent en dedans et en dedans seulement et alors le grand danger est l'infiltration d'urine avec ses fâcheuses conséquences. Enfin les abcès peuvent s'ouvrir simultanément et au dehors et en dedans : c'est là la terminaison la plus rare.

Il ne faudrait cependant pas croire que l'ouverture des abcès dans le canal entraîne nécessairement à sa suite l'infiltration d'urine. M. Fournier a observé que dans l'énorme majorité des cas, l'urine suivait son cours normal sans envahir de foyer.

Il n'en est pas moins vrai que le plus grand danger de ces abcès est d'une part l'*infiltration d'urine*, toujours grave, de l'autre les *fistules urinaires*. Cette ouverture dans le canal avec ses conséquences possibles

est surtout fréquente au niveau de bulbe. Les abcès du gland ont moins de tendance à suivre cette voie et dans ce cas « la perforation du canal a souvent pour conséquence la formation d'un hypospadias accidentel très difficile à guérir » (Hardy).

Les *fistules urinaires*, consécutives à la blennorrhagie, forment une petite minorité dans le grand chapitre des fistules de l'urèthre et en particulier, des fistules uréthro-cutanées.

Comme ces dernières, on les divise en F. uréthropéniennes et F. uréthro-périnéo-scrotales :

1° *Fistules uréthro-péniennes*. — Elles succèdent à des péri-folliculites suppurées qui se sont ouvertes d'une part dans l'urèthre, de l'autre à la peau.

Englisch a soutenu que cette terminaison s'observait surtout chez les tuberculeux.

L'abcès péri-urétral, en ne s'ouvrant qu'au dehors, peut laisser à sa suite une *fistule borgne externe* qui, par la persistance de sa sécrétion purulente, constitue une préoccupation sérieuse pour le malade. La guérison s'obtient généralement par des cautérisations répétées 3 ou 4 fois.

Par contre, l'abcès peut ne s'ouvrir que dans l'urèthre et laisser à sa suite une véritable *fistule borgne interne*. L'orifice fistulaire est parfois tellement rapproché du méat qu'on peut l'apercevoir en en écartant les lèvres. Tantôt la cavité de l'abcès diminue progressivement et finit par s'oblitérer ; tantôt l'urine s'y infiltre. d'où abcès urineux, ce qui est rare.

En ce qui concerne le gland, les abcès peri-uréthraux qu'on y observe, peuvent, n'étant pas ouverts à temps, s'ouvrir au dehors ou dans l'urèthre, ou des deux côtés à la fois, formant ainsi des fistules complètes et quelquefois multiples qui, comme dit Lallemand, transforment l'extrémité du pénis en une pomme d'arrosoir. (Georgiades);

2° *Fistules uréthro-périnéo-scrotales.* — Elles dérivent elles aussi des abcès péri-uréthraux et des cowpérites suppurées. Tantôt la fistule s'explique par l'ouverture simultanée de l'abcès au-dehors et au-dedans; tantôt l'abcès ne s'ouvre d'abord que dans l'urèthre; un abcès urinaire se forme qui se comporte comme tout abcès de même genre, ulcère la peau et donne finalement naissance à la fistule.

Disons en passant que des abcès froids de la péri-urétrite tuberculeuse donnent lieu tout particulièrement aux fistules urinaires.

A côté des cas qui se terminent par résolution et de ceux qui se terminent par suppuration, il en est et Guiard en a observé un qui se terminent par induration, comme il arrive si souvent pour les abcès urinaires. « A l'ouverture de la poche, dit-il, j'ai trouvé une paroi extrêmement épaissie, dure, fibroïde, et, au centre, une cavité minuscule ou plutôt un simple pertuis ».

Il nous reste enfin à mentionner une complication rare des abcès péri-uréthraux, c'est l'*Inflammation des corps caverneux*.

M. le docteur Sorbets (d'Aisne) a rapporté l'observation d'un malade chez lequel, à son entrée à l'hôpital le 2 Avril 1881, on constatait un écoulement blennorrhagique remontant à 12 jours et, en même temps, près de la fosse naviculaire, un abcès fluctuant.

Le 6 Avril, l'abcès fut ouvert à la lancette : il en sortit du pus et du sang. Cet écoulement dura plusieurs jours, se faisant difficilement. On pouvait craindre une perforation de l'urèthre et il fallait, à tout prix intervenir largement.

Le 10, M. Sorbets fit une incision profonde intéressant les corps caverneux : du sang mêlé à du pus s'écoula de la plaie qui resta béante à cause de la membrane élastique qui en formait les parois.

Les phénomènes de la blennorrhagie diminuèrent d'intensité : toutes les fois que le malade se levait, il se faisait une hémorrhagie par la plaie. L'écoulement de pus et de sang dura 4 à 5 jours, au bout desquels la cicatrisation se fit complète et la guérison fut obtenue.

III — Cowpérite et péri-cowpérite.

La cowpérite est une complication rare de la blennorrhagie. Littré, sur 40 autopsies de sujets affectés de blennorrhagie, ne trouva ces glandes malades qu'une fois.

Gubler, en 1849, disait que « Ricord, dans son immense pratique, n'en rencontra guère chaque année qu'une demi-douzaine de cas terminés par suppuration ; mais il est porté à croire que l'inflammation, bornée à ses premières périodes, est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer, et que les tensions douloureuses qui se manifestent au voisinage du bulbe, dans le cours d'une blennorrhagie intense, sont dues à l'engorgement inflammatoire de ces glandes ».

M. Mauriac n'en observait que quinze à vingt cas par an dans son service du Midi. Mais il croit, lui aussi, que la tension douloureuse qui se montre si fréquemment au niveau du bulbe, dans le cours d'une forte blennorrhagie, tient peut-être à l'engorgement inflammatoire et passager de ces glandes.

La cowpérite a été connue et décrite par Jean-Louis Petit, Littré, Morgagni, etc. Ces auteurs, il est vrai, méconnaissaient sa nature, car ils la considéraient

comme une des origines de l'écoulement blennorrhagique. Astruc (loc. citat.) allait même jusqu'à décrire dans la cowpérite une forme de la gonorrhée. Nous avons même vu plus haut, en résumant les idées de cet auteur, qu'il faisait dériver tous les abcès du périnée de l'inflammation des glandes de Cowper.

Ce n'est que plus tard qu'on en fit, et à juste titre, une complication de la chaudepisse. Son histoire ne commence réellement qu'avec Ricord, dont l'enseignement fut recueilli et consigné par Gubler, dans sa thèse inaugurale (1849) à laquelle, depuis, on a ajouté fort peu de chose.

Citons, en Italie, les mémoires de A. Ricordi, de Ravogli et Rasori; en Autriche, celui d'Englisch, de Vienne; et en France, les thèses de Nicolle (1874) et de Coulliard (1876), le mémoire de Mauriac et Guiard (1880), la thèse de Grassin (1887).

Division. — La cowpérite simple passe souvent inaperçue, l'augmentation de volume qui en résulte est à peine appréciable et se traduit, tout au plus, par une tension douloureuse.

En réalité, ce qu'on étudie généralement, c'est la péri-cowpérite : la phlegmatie de ces glandes a une grande tendance à gagner l'atmosphère celluleuse avoisinante d'où un véritable phlegmon du périnée.

Etiologie. — L'époque d'apparition de la cowpérite est tardive; cette complication survient vers le troi-

sième ou le quatrième septenaire, de même d'ailleurs que la prostatite ou la cystite.

Cependant, elle peut éclater à la suite de ces injections précoces, dites à tort abortives, et destinées à enrayer la marche ultérieure de l'affection. Or, pendant les premiers jours, la blennorrhagie siège presque exclusivement au niveau de la portion périnéenne de l'urèthre et occupe surtout la fosse naviculaire. Dans ces cas, le microbe de Neisser, très superficiel à cette période de l'affection, est refoulé par l'injection jusqu'au niveau du sphincter uréthral. L'infection des organes qui s'y trouvent est donc facile et les glandes de Cowper subissent une atteinte assez fréquente.

L'inflammation glandulaire n'est donc tardive que quand elle est spontanée (Desnos).

Enfin, dans des cas plus rares, elle se montre au cours de l'urétrite chronique.

La cause occasionnelle échappe souvent; il est cependant probable que l'excès de fatigue, les coïts répétés, le cathétérisme, l'équitation, la danse ne sont pas sans en favoriser l'éclosion.

Le plus souvent, la cowpérite est unilatérale et la glande gauche est plus sujette à s'engorger que la droite (Morgagni) sans qu'on puisse dire pourquoi. La cowpérite bi-latérale est rare.

Symptômes. — Au début, les symptômes fonctionnels consistent en une tension douloureuse au périnée, près du bulbe; la douleur existe en un point fixe; elle est spontanée et la pression l'exaspère, ainsi que la position

assise et la marche. Le spasme uréthral provoqué par l'inflammation, doit être considéré comme rare. La défécation n'est nullement gênée.

A l'examen, on trouve une petite tumeur recouverte d'une peau normale. Cette tumeur est latérale, située à droite ou à gauche du raphé médian. En cas de bilatéralité, on trouve une masse unique avec une dépression médiane, marquant la limite des deux glandes. A la palpation, la tumeur se délimite bien d'avec les parties voisines.

Elle a une forme allongée, piriforme, plutôt qu'ovoïde, avec une grosse extrémité dirigée vers l'anوس et une pointe qui se prolonge plus ou moins loin en avant, et se perd insensiblement dans l'urèthre.

Cette tumeur si nette est bientôt englobée et masquée par la péri-cowpérite due à l'inflammation du tissu cellulaire péri-glandulaire. Il s'agit alors d'un véritable phlegmon du périnée se traduisant par les signes locaux communs à tous les phlegmons, à savoir: peau rouge et adhérente, douleur vive fortement exagérée par la pression que le malade supporte à peine, et qui l'empêche de dormir et de marcher; elle atteint son maximum au centre du foyer, point qui correspond précisément au siège précis de la glande. L'état général est plus ou moins atteint, suivant la violence de l'inflammation.

Ce phlegmon peut rester cantonné en un point restreint tout autour de la glande où il a pris naissance. Telle n'est pas, loin de là sa marche ordinaire, et: « la règle, dit Gubler, c'est que, dans sa marche croissante,

il se propage par des couches sous-cutanées jusqu'à l'origine des bourses. Alors survient un gonflement brusque de la région, en rapport avec la laxité des tissus. Ce gonflement phlegmonéen ne dépasse pas en arrière le muscle transverse et commence, en cet endroit, par un relief considérable ; il s'étend à la moitié droite ou gauche de la région périnéale proprement dite, ainsi qu'à la partie inférieure de la bourse correspondante, où il est toujours plus manifeste que partout ailleurs, et tel quelquefois qu'il semble exister là une tumeur surajoutée appartenant au testicule ou à ses annexes. En dehors, la tuméfaction inflammatoire n'empiète pas sur la racine du membre abdominal ; en dedans, elle peut aussi ne pas franchir la ligne médiane, mais il est plus fréquent de la voir déborder de l'autre côté du raphé ; rarement elle envahit toute la largeur du périnée, ou, si cela a lieu, une saillie plus prononcée indiquera presque toujours le côté qui répond à la glande affectée ».

Le phlegmon étant arrivé à ce point, la résolution n'est guère possible, et le pus se forme.

L'abcès une fois collecté, que va-t-il arriver ? Habituellement, il s'ouvre au périnée, donnant issue au pus. « A ce moment, dit M. Fournier (d'après Ricord), si l'on introduit un stylet dans la plaie, on peut constater une particularité assez curieuse : en faisant manœuvrer l'instrument, on sent que son extrémité procède par soubresauts : parfois même on est obligé de le retirer à soi pour l'engager dans une direction nouvelle. Cela prouve que la cavité de l'abcès n'est pas unique ou, du moins,

qu'elle est cloisonnée, ce qui s'accorde parfaitement avec son siège présumé dans une glande à locules multiples ».

Si les deux glandes sont prises en même temps, presque toujours les deux foyers se confondent tôt ou tard en une vaste poche purulente divisée en deux par le raphé médian du périnée (Mauriac).

L'écoulement de pus continue les jours suivants. Le gonflement diminue puis disparaît, la peau recouvre sa coloration normale et il reste au niveau de la glande malade un noyau induré qui peut persister plus ou moins longtemps après.

Plus rarement l'abcès s'ouvre dans l'urèthre. « Ce processus évacuateur se révèle au malade par des sensations de picotement, de cuisson, de brûlure dans la région du bulbe, pendant le passage de l'urine, sensations causées par le travail d'inflammation ulcéralive qui se fait vers le canal. En outre, la sécrétion purulente due à la blennorrhagie augmente subitement en proportion du volume de la tumeur et, si l'on exerce une pression sur elle, on fait refluer le pus dans l'urèthre. Cela constitue un signe vraiment pathognomonique » (Mauriac).

L'ouverture dans l'urèthre n'est généralement suivie d'aucune complication. Il est des cas cependant où elle a été suivie d'une infiltration d'urine avec ses conséquences fâcheuses.

Exceptionnellement, l'ouverture s'est faite à la fois au périnée et dans l'urèthre.

Des fistules uréthrales peuvent s'ensuivre qui pourraient persister longtemps après et nécessiter un traitement spécial.

D'après M. Mauriac, il est très rare que l'abcès se porte du côté de l'anus. La gêne de la défécation qu'on peut quelquefois observer doit être attribuée, non pas à un obstacle mécanique, comme dans les affections de la prostate, mais à une simple difficulté fonctionnelle due à la contraction des muscles évacuateurs devenue douloureuse ou à leur contracture réflexe.

On a signalé également la *dysurie*, pouvant aller jusqu'à la *rétention d'urine*.

J.-L. Petit dit que les glandes se gonflent si considérablement qu'elles compriment l'urèthre, et il regarde la rétention comme un symptôme si constant qu'il le donne comme un caractère pouvant servir à distinguer les abcès des glandes de Cowper, des abcès simples du périnée.

Ricord au contraire, regarde la rétention comme une complication due à une prostatite ou à une cystite du col.

Gübler approuve l'explication de son maître, mais il admet que le gonflement de la muqueuse, la dilatation des conduits excréteurs par oblitération des conduits, les contractions spasmodiques du muscle ischio-urétral peuvent apporter un obstacle momentané au cours des urines.

Voillemier n'admet pas absolument cette manière de voir : il rapporte deux observations d'abcès des glandes

de Cowper dans lesquelles la rétention d'urine ne pouvait être attribuée qu'à l'obstacle formé par la tuméfaction de ces organes. J.-L. Petit avait donc raison, mais dans quelques cas seulement.

M. Tuffier, en 1884, a publié l'observation d'un vieil emphysémateux qui présentait de la blennorrhée et de la dysurie, attribuée à une stricture de l'urèthre : l'autopsie montra que le rétrécissement de la lumière uréthrale était dû à un abcès cowpérien proéminent vers le canal.

Signalons enfin l'engorgement des ganglions inguinaux correspondants qui coïncide parfois avec la phlegmasie des glandes de Méry — les fusées purulentes plus ou moins étendues dans les espaces cellulaires de la loge inférieure du périnée ou dans les lames celluloadipeuses sous-cutanées.

Marche, terminaison et pronostic. — La marche est généralement aiguë et rapide. La suppuration est la terminaison la plus fréquente ; il ne faut pas cependant croire que la résolution soit un fait si rare et Gübler résout le problème en disant : « S'il est vrai, aussi que nous sommes porté à le croire, que les blennorrhagies accompagnées de tension douloureuse à la région bulbaire soient des uréthrites compliquées d'inflammation des glandes de Méry, il faut bien admettre que cette dernière se termine souvent par résolution... Malgré cette tendance à la suppuration, la maladie constitue le plus souvent une affection assez simple. Elle ne devient

grave que par ses complications, dont il faut accuser surtout la négligence des malades et parfois aussi celle du médecin. Les accidents à redouter sont la perforation de l'urèthre et les fusées purulentes, d'où résultent des suppurations multiples, capables d'épuiser à la longue des organisations déjà détériorées, ou qui, sans amener une terminaison fatale, peuvent entraîner du moins des inconvénients graves et des lésions difficiles à guérir ».

Cowpérite folliculeuse. — En certains cas assez rares, l'inflammation se limite aux vésicules glandulaires et aux canaux excréteurs sans envahir le tissu cellulaire. C'est la cowpérite muqueuse ou folliculeuse (Gübler).

Cette variété, véritable cowpérite chronique, se caractérise surtout par un écoulement visqueux, abondant surtout le matin, qui est généralement mis sur le compte d'une uréthrite chronique. Dans ces cas il faut toujours explorer le périnée. La palpation fournit une sensation de résistance, d'induration localisée au niveau du siège de la glande et dont le centre est plus résistant que la périphérie. On ne négligera pas non plus d'examiner au microscope le produit de l'écoulement. La rencontre de cellules cylindriques et de petites cellules cubiques est une forte présomption en faveur d'une cowpérite ; d'ailleurs ces éléments anatomiques peuvent être expulsés sous la forme de filaments de 2 à 3 centimètres de longueur, sur un millimètre d'épaisseur. Ce sont les moules cellulo-muqueux des conduits

excréteurs des glandes de Cowper : les petites cellules cubiques y dominant.

Ces caractères présentent une certaine ressemblance histologique avec ceux de l'urétrite prostatique ; ils n'ont donc de valeur diagnostique qu'autant qu'ils s'accompagnent d'une tuméfaction périnéale (Desnos).

Anatomie pathologique. — Littré a trouvé « le corps de la glande extraordinairement dur, rouge et tuméfié ; on en exprimait une liqueur jaune, tirant un peu sur le vert... Le conduit de la glande gauche était distendu par un liquide semblable, et ses tuniques étaient de couleur rougeâtre, plus dures et plus épaissies que dans l'état naturel... Au devant de l'embouchure des conduits glandulaires existait dans l'urèthre une rougeur large d'environ quatre degrés, et qui s'étendait plus du côté gauche que du côté droit. Presque au milieu de cette rougeur, existait un ulcère arrondi, d'une demi-ligne de diamètre, qui avait rongé une grande partie des bords de l'embouchure du conduit gauche, et une petite portion de l'urèthre aux environs. »

Cowper a rencontré les glandes « converties en un tissu dur et ferme semblable à celui du ligament. »

D'autres auteurs les ont trouvées remplies d'un pus concret et verdâtre, ou bien détruites en grande partie par la suppuration, n'existant plus qu'à l'état de vestiges au fond de clapiers purulents.

Diagnostic. — A la période initiale ou de douleur, le diagnostic de la cowpérite blennorrhagique aiguë est

assez délicat. Il faut différencier cette douleur du ténesme anal ou vésical propre à la blennorrhagie. La douleur qu'on provoque par la pression au niveau d'un point exactement localisé et correspondant au siège anatomique de la glande enlève toute hésitation.

A la période de tumeur la phlegmasie des glandes de Cowper est nettement caractérisée : cette tumeur « en haricot », voisine du bulbe et répondant au siège de la glande, est de diagnostic aisé. Mais cette forme se voit rarement et généralement le clinicien n'a sous les yeux qu'un adéno-phlegmon ou un gâteau de cellulite diffuse masque le foyer glandulaire primitif.

A ce moment, cet adéno-phlegmon peut-être confondu avec un *abcès urinaire* ; la situation devient très embarrassante si, au moment de l'examen, l'abcès a déjà eu le temps de provoquer une perforation urétrale, d'où complication de fistule urinaire. L'interrogatoire seul peut alors éclairer le diagnostic : il apprend au chirurgien qu'il s'agit d'une chaudepisse aiguë et jeune et qu'à aucun moment il n'est survenu : une contusion, une plaie, un traumatisme interne du canal ou enfin une vieille gonorrhée pouvant justifier un abcès urinaire.

La confusion est également possible entre un adéno-phlegmon cowpérien et un simple *abcès péri-urétral d'origine folliculaire* et avoisinant le bulbe. Gübler assigne à ce dernier les caractères suivants : il s'étale en nappe et forme une sorte de virole entourant le canal. L'abcès une fois ouvert, si l'on y introduit un stylet,

celui-ci jouit d'une très grande liberté de mouvements dans tous les sens, tandis que, nous l'avons déjà vu, dans le cowpérite, le stylet heurte à chaque instant aux cloisons interoculaires. « Ces signes, dit M. Forgue, ne nous paraissent point décisifs ; le second, au reste, ne permet qu'un diagnostic *a posteriori*. »

Nous avons également vu plus haut que J.-L. Petit, parlant de la rétention d'urine qui complique si souvent la cowpérite, la considère comme un signe diagnostique servant à différencier l'abcès péri-cowpérien des simples abcès du périnée.

La confusion de l'adéno-phlegmon cowpérien est, en troisième lieu, possible avec : les *poches urinaires*, l'*inflammation du bulbe*, les *tumeurs gommeuses* du périnée dont Gübler cite un cas où la tumeur occupait exactement le siège de la glande de Méry, l'*orchite périnéale*, affection excessivement rare.

Englisch a attiré en 1884 l'attention sur ces collections froides qui occupent le triangle bulbo-urétral et qui compliquent la *péri-urétrite tuberculeuse externe* : au cours d'un suintement urétral tenace et peu abondant, le périnée se tuméfie, le gonflement respectant l'anus, gagne le scrotum et la verge. On incise et il s'écoule un pus sale, mal lié et grumeleux : puis le trajet se recouvre de granulations molles et se fistulise. Kauffmann localise ce processus, pour la majorité des cas, dans les glandes bulbo-uréthrales. Hamonic, en 1885, a publié l'observation d'un jeune tuberculeux chez lequel un abcès froid du périnée a été pris pour un

abcès ossifluent : on incise la collection, on se rend compte de l'intégrité du squelette, on extirpe l'épaisse membrane qui en formait la paroi et l'examen histologique montre qu'il s'agissait d'une véritable cowpérite bacillaire. Critzmann a publié deux cas de cowpérite tuberculeuse avec examen bactériologique à l'appui.

M. Desnos pense que si la durée de la cowpérite se prolonge, il faut soupçonner la tuberculose. Les deux cas de Critzmann avaient été diagnostiqués : cowpérite et péri-cowpérite chroniques d'origine blennorrhagique ; or leur nature tuberculeuse était incontestable.

Le *kyste par rétention* des glandes de Cowper, s'observe surtout chez les enfants ; son contenu est muqueux et devient rarement purulent.

TRAITEMENT

A chacune des trois grandes variétés de complications para-uréthrales que nous venons d'étudier, correspondent des indications thérapeutiques spéciales que nous allons indiquer en peu de mots.

I. Folliculite et kyste suppuré de Morgagni. — La folliculite simple qui se présente sous forme de granulations plus ou moins volumineuses que l'on sent à la palpation sur la face inférieure de l'urèthre guérit toute seule.

Pour le kyste suppuré de Morgagni, « il suffit, dit Ch. Hardy, pour obtenir la guérison, d'inciser la peau jusqu'au kyste et de l'énucléer tout entier, comme on le fait pour les stéatomes du cuir chevelu, ou d'inciser simplement une portion de l'enveloppe fibreuse, en ayant soin de ne pas réunir la plaie. »

En ce qui concerne l'abcès glandaire, décrit par Diday, la seule indication thérapeutique est de provoquer, par la cautérisation, l'oblitération de l'abcès. Diday conseille d'y introduire une tige métallique chauffée au rouge, ou la pointe fine du thermo ou du galvanocautère. Si l'orifice est étroit, si le parcours est sinueux et difficile à « enfiler », il faut avoir recours à un arti-

fice ingénieux que ce même auteur a indiqué : on introduit une aiguille à fond dans l'abcès, puis on la chauffe avec la flamme d'une bougie jusqu'à ce qu'elle rougisso : quand l'orifice a blanchi, quand les tissus superficiels ont grésillé, la cautérisation est suffisante.

II. Abscès péri uréthraux. — Au début, il faut conseiller le repos et les calmants.

Une fois que l'abcès s'est collecté, il faut l'ouvrir : c'est là une indication absolue. L'incision prématurée est la seule qui mette en garde contre la perforation de l'urèthre et les autres complications de ces abcès. Aussi J.-L. Petit conseille-t-il avec raison d'ouvrir l'abcès avant son entière maturité.

Tel n'est pas l'avis de Desault, qui pense, au contraire, qu'il ne faut avoir recours à l'opération que le plus tard possible. Il est même persuadé qu'à moins que le dépôt ne soit très considérable et ne tende à s'ouvrir à l'extérieur, il est toujours plus avantageux de ne pas l'attaquer avec l'instrument et de l'abandonner aux soins de la nature. Il a vu fréquemment des dépôts considérables où il avait manifestement senti la fluctuation se terminer à la longue par la résorption. Souvent, dit-il, ces dépôts s'ouvrent dans le canal, mais, loin de regarder cet événement comme fâcheux, il en a bien auguré pour la guérison.

« Malgré la grande autorité de Desault, dit Voillemier, il m'est impossible d'ajouter une foi entière à ses assertions et à ses conseils. Ces abcès, dont il dit avoir

constaté la résorption, ne s'étaient-ils pas, simplement et à son insu, ouverts dans le canal? Pour considérer comme un accident heureux leur ouverture dans l'urèthre, s'était-il assuré que la cicatrice qui s'en était suivie n'avait pas produit, plus tard, de rétrécissement?... Sans doute, quand le pus s'est fait jour dans le canal, on n'ira pas, en incisant le périnée, établir une fistule urinaire complète. Il est plus prudent de surveiller la cicatrisation de l'abcès et de la favoriser au besoin, au moyen d'une sonde. Mais, quand l'abcès est encore circonscrit, il ne faut pas hésiter à l'ouvrir par l'extérieur. C'était la pratique de J.-L. Petit; dans mon opinion, c'est la plus sage. »

Si le pus s'est frayé un passage dans le canal « faut-il, dit M. Fournier, comme on le conseille généralement, se hâter de pratiquer une contre-ouverture, afin d'éviter les infiltrations d'urine? Je ne le crois pas. D'après moi, voici la conduite à tenir : attendre d'abord, mais attendre en surveillant. S'il y a lieu de supposer que l'urine pénètre dans le foyer, toute intervention chirurgicale est hors de propos. Au moindre signe donnant la présomption de ce danger, évacuer l'urine par la sonde. Si l'accès de l'urine dans le foyer devient évident, pratiquer aussitôt une contre-ouverture à la peau pour éviter les chances d'infiltration, et instituer ensuite le traitement de la fistule. »

III. Cowpéríte et peri-cowpéríte. — Les mêmes indications que précédemment se posent ici.

Dès que la formation du pus devient manifeste ou même probable, il faut inciser et sans retard : on prévient ainsi les fusées purulentes et les perforations de l'urèthre. J.-L. Petit conseille d'avertir le malade que de l'urine peut se trouver mélangée au pus, soit au moment même de l'incision, soit dans les jours qui suivent : il ne faut pas que le bistouri soit accusé d'avoir ouvert l'urèthre.

Lorsqu'il s'agit d'une cowpérite froide, suspecte, à foyer granuleux, il faut nettoyer la paroi d'un coup de curette.

Fistules. — Nous ne pouvons ici parler du traitement des fistules consécutives aux abcès péri-urèthraux. Nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé. Disons seulement qu'on peut leur opposer soit la sonde, soit les méthodes sanglantes : uréthrorraphie, uréthroplastie par les méthodes indienne ou française, etc,

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

L'étude bactériologique des abcès peri-uréthraux est de date récente.

En 1890, Pellizzari, dans deux cas, a constaté dans le pus issu par ouverture spontanée ou chirurgicale, la présence du gonocoque à l'état de pureté, et dans un troisième cas, du gonocoque associé au staphylocoque.

Bockharot, dans un cas, n'a trouvé que du staphylocoque.

Christiani, en 1891, publie dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, un article dont voici le résumé : D'après certains auteurs, le gonocoque serait toujours dans les abcès péri-uréthraux, associé à d'autres microbes pyogènes, notamment au staphylocoque. C'est ce qui a fait affirmer à Bockhart, à Bumm, à Legrain, que ces abcès sont dus aux microbes pyogènes ordinaires et que le gonocoque ne s'y trouve qu'incidemment et ne servirait qu'à affaiblir les tissus et à le disposer qu'à la suppuration. Cependant, dans deux cas, Pellizzari n'a trouvé que des gonocoques. De son côté, Christiani a observé un cas d'abcès péri uréthral chez un garçon de 18 ans, dans lequel il n'a trouvé exclusivement que le microbe de Neisser. Les lamelles, traitées au grain, ne

montraient plus aucune bactérie colorée. Il en conclut, comme du reste Pellizzari aussi, que le gonocoque possède bel et bien des propriétés pyogènes.

Staugiale, en 1897, a publié dans la *Riforma Medica* de Naples, un article que nous résumons et qui donne une idée de la question :

Pellizzari, après avoir fait des recherches portant sur des cas d'abcès péri-uréthraux, affirmait que ces abcès étaient dus au gonocoque, tout en laissant croire que dans certains cas, il pouvait y avoir association d'autres microbes pyogènes qui, même dans certains cas, pourraient se retrouver seuls. Cette pluralité microbienne expliquait même pour lui le degré de gravité chimique de ces divers abcès, les uns bénins, les autres phlegmoneux et pouvant revêtir un caractère de gravité.

Staugiale a observé 3 cas d'abcès péri-uréthraux qui ont confirmé en tous points les conclusions de Pellizzari. Dans les 3 cas, il a trouvé le gonocoque : une fois seul, la 2^e fois associé au staphylocoque blanc et la 3^e fois au staphylocoque doré.

La présence constante du gonocoque dans ces 3 observations, permet à Staugiale de lui attribuer une importance pathogénique considérable, qui devient indiscutable dans l'observation où le gonocoque existait seul.

Il lui est permis de conclure que le gonocoque est à lui seul capable de déterminer dans les glandes péri-uréthrales des foyers d'inflammation suppurative et que les autres microbes provenant de l'urèthre (staphylocoque, etc.) s'associant à lui, peuvent trouver dans les

produits inflammatoires des conditions favorables à leur développement...

Touton admet que les abcès glandulaires sont dus tantôt au gonocoque, tantôt aux saprophytes du canal uréthral.

J. Fabry, d'après deux observations personnelles, admet aussi que le gonocoque pénètre dans les glandes, mais qu'il n'y détermine qu'une inflammation catarrhale et non suppurative. Celle-ci serait due aux autres microbes pyogènes.

Personnellement, nous apportons sept observations que nous devons à l'obligeance de M. J. Kendirdjy, interne à l'hôpital Ricord. Dans ces sept cas, l'examen microscopique a montré des gonocoques. Les autres microbes n'ont pas été recherchés; mais il est plus que probable qu'on aurait trouvé les saprophytes habituels de l'urèthre.

Quoiqu'il en soit, ce fait de la présence constante du gonocoque dans le pus de ces abcès, a son importance. Il permet de conclure que le gonocoque joue, dans la pathogénie des complications paro-uréthrales de la blennorrhagie, un rôle, qui pour n'être pas exclusif, n'en est pas moins considérable.

OBSERVATION I

Abcès péri-urétral du périnée.

(Service dn Dr Queyrat. Observation recueillie par
M. Kendirdjy, interne de service).

Le nommé G.... (Léon), âgé de 43 ans entre à l'hôpital le 28 juillet 1898.

La première blennorrhagie remonte à l'âge de 27 ans; elle ne fut suivie d'aucune complication.

La deuxième blennorrhagie a débuté le 20 juillet dernier. Deux ou trois jours après, le malade ressent une vive douleur vers la racine du scrotum. Il y porte la main et y découvre une petite tumeur du volume d'une noisette, tumeur qui n'a fait que s'accroître depuis.

A son entrée à l'hôpital, le 28 juillet, il présente une blennorrhagie en pleine évolution, écoulement abondant jaune, verdâtre; méat tuméfié; douleur à la miction.

La peau du scrotum est soulevée par une tumeur siégeant à droite de la ligne médiane. A la palpation on constate une tumeur du volume d'une grosse noix, lisse et régulière, douloureuse au toucher, elle est largement implantée dans le périnée se confondant insensiblement avec l'urètre sur lequel elle empiète.

La pression donne une sensation de résistance et la fluctuation s'y décèle nettement, quoiqu'avec peine. On sent

que l'on a affaire à une poche dont les parois sont très épaisses et très résistantes.

Néanmoins pour asseoir solidement le diagnostic, on pratique une ponction exploratrice et l'aiguille ramène une certaine quantité de pus. C'était du pus jaune, assez bien lié. M. Queyrat en fait séance tenante l'examen microscopique et y découvre de belles colonies de gonocoques.

Le diagnostic était ainsi posé : abcès péri-urétral d'origine gonococcique.

La résolution se faisant attendre, on décide l'extirpation qui est pratiquée par M. Kendirdjy.

Opération le 2 août : anesthésie locale à la cocaïne. La peau étant incisée, on dissèque l'abcès dont les parois épaissies et dures se prêtent à l'opération. Après avoir contourné la poche de tous côtés on arrive à la base. Là, la dissection devient dangereuse. L'adhérence aux parties sous-jacentes étant grandes et il s'agissait de ménager l'urèthre. On se résoud à arracher l'abcès et à gratter à la curette ce qui pouvait rester de la paroi profonde. On était là immédiatement sur l'urèthre.

L'hémostase étant faite, on suture la peau et on draine la peau avec une petite mèche de gaze iodoformée.

Les fils sont enlevés le 8^e jour. Le 12^e la cicatrisation était complète. Quatre jours après, le malade quittait l'hôpital n'ayant plus qu'un léger écoulement blanchâtre par le méat.

Les parois de la poche avaient 4 à 5 millimètres d'épaisseur. La face profonde en était irrégulière. Le contenu était un pus dont l'aspect avait quelque peu changé à la suite de la ponction : c'était du pus sale, couleur de café au lait et légèrement sanguinolent.

OBSERVATION II

Abcès péri-urétral du périnée (le même).

Le nommé B... (Louis), âgé de 21 ans, entre le 22 août 1898.

La chaudepisse date de huit semaines, il s'est mal soigné et présente à son entrée un écoulement assez abondant.

Il a ressenti, le 18 août, une assez vive douleur dans le périnée.

Effectivement l'examen du malade montre immédiatement en arrière de la racine du scrotum une tumeur oblongue siégeant dans le périnée. Elle se délimite assez nettement sur les côtés, mais en avant et en arrière, elle se confond insensiblement avec l'urèthre.

Sa forme est irrégulièrement ovale, à base postérieure atteignant le bulbe; l'extrémité antérieure va en s'effilant.

La tumeur est dure, à parois épaisses, résistantes et irrégulières. Cependant à une forte pression, on décèle de la fluctuation.

Une ponction exploratrice pratiquée avec la seringue de Pravaz ramène à peine quelques gouttelettes d'un pus sale, peu consistant. L'examen microscopique pratiqué immédiatement après, montre ça et là quelques rares groupes de gonocoques.

Le malade a été traité par le repos sans application d'aucun topique. La tumeur diminuait sensiblement et le 30 août le malade quittait l'hôpital, ne gardant qu'un petit noyau dure qui aura probablement disparu à son tour.

OBSERVATION III

Abcès péri-urétral du périnée (le même).

Le nommé F... (Eugène), âgé de 35 ans entre à l'hôpital le 16 août 1898.

Son histoire est presque calquée sur celle de l'observation précédente.

Le malade a eu sa blennorrhagie le 5 juin dernier.

Il y a six jours, il a ressenti de la douleur dans son périnée, en avant de l'anus.

L'examen montre une tumeur ayant absolument les caractères que précédemment, avec cette différence qu'elle était plus grosse et que la peau était un peu adhérente.

La ponction ramène quelques gouttes de pus contenant des gonocoques.

Le malade est mis au repos. La résolution ne se fait pas attendre et le 26 août, dix jours après son entrée, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Etant donné le siège, il est permis de croire qu'il s'agissait d'une cowpérite.

OBSERVATION IV

Abcès péri-urétral du pénis (le même).

Le nommé O... (Jules), âgé de 30 ans, entre à l'hôpital, le 31 août 1898.

Depuis un mois, il est soigné à la consultation externe pour un chancre syphilitique du sillon, actuellement en voie de cicatrisation.

Depuis le 25 août, il a un écoulement à peine marqué et non douloureux.

Sur la face droite de la verge, immédiatement en arrière du sillon, il présente une petite tumeur ayant le volume d'une noisette. La peau qui la recouvre est normale, les parois sont lisses et régulières. La fluctuation y est évidente. Elle possède une base large et solidement implantée sur des tissus profonds.

On met le malade au traitement antisyphilitique et l'on conseille des soins locaux pour une assez forte balano-posthite, accompagné d'un phimosis peu serré, dû surtout à l'œdème du prépuce.

Dans les jours qui suivent son entrée, la tumeur péniennne, loin de se résoudre, augmentait de volume. La peau surtout se prenait : elle adhérerait et devenait rouge.

Craignant que l'ouverture spontanée fut insuffisante et ne fût suivie de fistule, on décide l'intervention.

L'opération est pratiquée le 9 août, par M. Kendirdjy, interne du service. Anesthésie locale à la cocaïne. Incision de la peau, puis dissection des parois de l'abcès comme dans l'observation I, on arrache la poche et l'on curette les vestiges de la paroi profonde. Hémostase et suture.

La plaie a suppuré un peu ; l'infection en est certainement due à l'urine qui, à cause de l'œdème du prépuce, devenu considérable sort en bavant et se répand partout.

Les suites néanmoins ont été bonnes.

L'examen du pus après l'opération a montré des gonocoques. Le pus était sale, rappelant par son aspect et sa consistance certains pus tuberculeux.

OBSERVATION V

Consultation du Dr Queyrat, à l'hôpital Ricord
(Obs. récente par M. Kendirdjy)

T... (Louis), âgé de 25 ans, garçon d'hôtel, se présente à la consultation, le 17 septembre 1898.

Il est porteur d'un léger écoulement uréthral qui remonte au 15 juin dernier.

Vers le 20 juin, le malade s'est aperçu dans le sillon balano-préputial, d'une petite grosseur qui en quelques jours acquit le volume d'une petite noisette. Peu à peu la muqueuse se prit et s'ulcéra : il en résulta une fistule qui suppura pendant près de deux mois et qui ne se tarit que vers les derniers jours du mois d'août.

Vers le 10 ou le 15 juillet, la lèvre droite du méat se tuméfia et devint rouge et douloureuse ; un abcès s'y forma qui se fit jour spontanément.

A l'examen, nous constatons d'une part, sur la lèvre droite du méat, juste au contact de l'orifice urinaire, un petit orifice au niveau duquel la pression fait sourdre une gouttelette de pus. Nous avons recueilli cette gouttelette sur une lamelle et l'examen microscopique nous a permis de constater la présence de gonocoques.

D'autre part, il existe dans le sillon glando-préputial, immédiatement à droite du frein, une petite saillie dure, irrégulière de surface, oblongue de forme et solidement implantée sur l'urèthre par une large base. La pression n'est nullement douloureuse. On voit encore la trace de l'orifice par lequel cet ancien abcès a suppuré pendant près de deux mois.

OBSERVATION VI

Abcès péri-urétral du pénis. — Service du Dr Humbert
(Observation recueillie par M. Kendirdjy)

Le nommé Jean S, âgé de 33 ans, entre à l'hôpital le 19 septembre 1898.

Il raconte qu'il a contracté sa blennorrhagie le 2 août dernier.

Il est porteur d'un abcès à la face inférieure de la verge, datant de huit jours.

A l'examen, on trouve d'une part un écoulement urétral, peu abondant, opalescent; d'autre part, à la face inférieure du pénis, tout près du scrotum, un gros abcès ovulaire ayant une longueur de 7 ou 8 centimètres, sur une largeur de 4. La peau est rouge et amincie; elle est soulevée par une collection de pus, collection tendue et menaçant de s'ouvrir spontanément. La fluctuation est évidente.

L'examen est douloureux. Le malade raconte qu'il a souffert il y a quelques jours en un point fixe correspondant à l'abcès, mais que cette douleur s'est beaucoup apaisée depuis que ce dernier s'est collecté.

L'incision a été faite séance tenante. Elle a donné issue à près d'un demi-verre à Bordeaux d'un pus mal lié d'aspect sale, de couleur brun chocolat et contenant des grumeaux. L'abcès évacué a été tamponné avec une mèche de gaze iodoformée.

Le pus, examiné sur une lamelle, a montré des gonocoques.

L'écoulement de pus a continué les jours suivants. Huit jours après l'incision, le malade a quitté l'hôpital sur sa demande, non encore guéri.

OBSERVATION VII

Consultation du Dr Queyrat, à Ricord
(Observation recueillie par M. Kendirdjy)

Le nommé Louis B..., âgé de 20 ans, se présente à la consultation le 24 septembre. Il présente un écoulement depuis le 1^{er} de ce mois, compliqué depuis quatre jours, d'une orchite droite.

La lèvre droite du méat est rouge et tuméfiée; la lèvre gauche est normale, à la pression, on voit sourdre une gouttelette de pus par un mince pertuis situé vers l'angle inférieur du méat.

Le pus, recueilli dans une lamelle, est examiné au microscope qui y décèle des colonies fort riches de gonocoques.

Le malade raconte avoir eu quelque chose d'analogue il y a une dizaine jours.

CONCLUSIONS

I. — Les complications glandulaires de la blennorrhagie au niveau de l'urèthre antérieur sont au nombre de trois :

1°) La folliculite simple et enkystée;

2°) La péri-folliculite suppurée ou abcès péri-urétral.

3°) La cowpérite et la péri-cowpérite.

II. — Ces complications sont généralement tardives dans leur apparition qui survient presque toujours d'une façon spontanée et vers la 3^e ou la 4^e semaine de l'infection gonococcique.

III. — Leur importance est très variable : les unes se montrent au niveau de la portion péniennne de l'urèthre et ont peu de gravité; les autres se montrent autour de la portion profonde du canal (cowpérite) et sont beaucoup plus sérieuses.

IV. — Quoi qu'il en soit, toutes ces complications n'acquièrent de l'importance que par des lésions qu'elles peuvent entraîner à leur suite :

citons en premier lieu les fusées purulentes et les perforations de l'urèthre avec la possibilité d'une infiltration d'urine et ses conséquences fâcheuses : fistules uréthrales, septicémie, etc.

V. — L'indication thérapeutique capitale qui en découle est donc celle-ci : ouvrir la collection dès qu'elle est formée et même dès qu'on la soupçonne.

VI. — La question de la pathogénie n'est pas encore tranchée, mais sans faire jouer au gonocoque un rôle exclusif dans la pathogénie de ces complications, il est permis de conclure que sa présence presque constante dans le pus des abcès péri-uréthraux lui assigne une place prépondérante parmi les microorganismes pyogènes qui président à l'éclosion des accidents.

BIBLIOGRAPHIE

- LITTRÉ. — Observations sur la gonorrhée. Mém. de l'Acad. royale des Sciences, 1711.
- ASTRUC. — Traité des Maladies vénériennes. L'ouvrage latin date de 1736 et est intitulé : *De morbis veneris*. Trad. française par Jault en 1777. Edition revue par Louis. 4 vol. in-12. Tome III, p. 163.
- MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, 1760.
- J.-L. PETIT. — Œuvres posthumes, T. III, p. 42.
- DESAULT. — Œuvres chirurgicales, T. III, p. 250.
- GUBLER (A.). — Des glandes de Méry (vulgairement glandes de Cowper et de leurs maladies chez l'homme. Thèse Paris, 1849.
- DIDAY (P.). — De la blennorrhagie des follicules muqueux du méat. Gazette hebdomadaire, 1860.
- LAGNEAU. — Abcès péri-uréthraux de la partie antérieure du pénis. Gazette hebdomadaire, 1862.
- JADASSOHN. — Gonorrhée des conduits glandulaires para-uréthraux et préputiaux. Deutsche med. Woch. N^{os} 25 et 26, 1890.

- FABRY. -- Zur Frage der Gonorrhée de para-ur. und præput. Zæuge. Monatsch. für prakt. Dermatol. T. XII, N° 1, 1891.
- FOURNIER (A.). — Article Blennorrhagie in Dict. de Jaccoud.
- BALZER. — Traité de Méd. et de Thér. de Brouardel et Gilbert. T. II.
- HARDY (Ch.). — Mémoire sur les abcès blennorrhagiques. Paris, 1864.
- ROBERT (Melch.) — Nouveau Traité des Mal. vénér. Paris, 1861.
- RICORD. — Leçons cliniques. Gaz. des Hôpitaux, 1835, 1853. Traité pratique des Mal. vénér. Paris, 1858.
- RICORDI. — Del catarrho cronico del condotte delle Ghiandole di Méry. Gaz. ital. delle malattie veneree et della pelle. Milano 1871.
- NICOLLE. — De la Cowpérite. Thèse Paris, 1873.
- COUILLARD. — Contribution à l'étude des affections des glandes bulbo-uréthrales, Thèse Paris, 1876.
- J. ENGLISH. — Ueber tuberculose peri-urethretis. Med. Jahr. der Gesellsch. Die Aerzte in Wien, 1884.
- PELLIZARI. — Giorn. ital. delle mal. veneree et della pelle, 1890.
- Centralbl. für Allgem. pathol. und pathol. Anatomie, 1890.
- DESNOS. — Traité élém. des maladies des voies urinaires. Paris, 1890.

GRASSIN. — Th. Paris, 1887.

MAURIAC. — Phlegmon et abcès uréthro-périnéaux.
Symptômes de la blennorrhagie. Gaz. des Hôp.,
1880, p. 153.

BOREL. — Des abcès blennorrhagiques péri-uréthraux.
Montpellier, 1880.

VOILLEMIER. — Traité des maladies des voies urinaires.
1868, T. I, p. 46.

NICAISE. — Blenn. et phlegmons péri-uréthraux. Gaz.
des Hôp., 1881, p. 299.

SOUBETS. — Phlegmon peri-urétral et inflammatoire
des corps cav. Gaz. des Hôp., 1881, p. 1101.

STANZIALE. — *Reforma medica*. Napoli, 1897.

CHRISTIANI. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1891.

BOCKHART. — *Viertelj. für Dermat*, 1883.

— *Monatschr. für prakt. Dermat.*, 1887.

BUMIN. — *Die mikroorg. der Gonorr. Schleimhaut der*
Kranhk. Wiesbaden, 1885.

LEGRAIN. — *Baumgarten's Jahrsber. über die Fortschritte*
in der Lehre pathogenen mikroorg. 1885-1889.

GEORGIADÈS. — Des fistules uréthro-péniennes et par-
ticul. de celles qui succèdent à la blennorrhagie.
Th. 1889-90.

FORGUE. — *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*. T.VII.

GUIARD. — *Complications loc. et gén. de la blennor-*
rhagie. Paris, 1898.



Vu, le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

FOURNIER

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

